

**COMPRENSIÓN DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON UNA ADOLESCENTE
EN SU EXPERIENCIA DE ABUSO Y SU ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO.**

Autor:

Ps. Katherine Romero Escorcia.

Directores:

Ps. Ph, D. Alberto De Castro y Ps. Mg. Guillermo García

Maestría en Psicología con Profundización Clínica

Universidad del Norte

Barranquilla, Colombia

2018

TABLA DE CONTENIDO

Introducción

Justificación

Área problemática

Preguntas guías u objetivos

Historia clínica del paciente

Descripción detallada de las sesiones

Marco conceptual de referencia

Análisis del caso

Conclusiones y discusión

Bibliografía

Anexos

INTRODUCCIÓN

El ser terapeuta no es tarea fácil, ¡sí que no lo es! ser terapeuta exige mucho de sí mismo, entrega, disposición, “estar para el otro”. Desde mi experiencia el psicólogo debe contar con un bagaje de conocimientos amplio, que le permitirá aplicar adecuadamente la teoría y/o técnicas para un mejor manejo a la hora de atender a un paciente y una mayor claridad y profesionalismo en cada proceso, sin embargo, desde mi corta experiencia puedo observar que cada paciente es un mundo diferente, que desde el momento que nos adentramos en la experiencia del otro nos abren y enseñan un mundo distinto al otro.

A pesar de manejar un mismo diagnóstico con los pacientes, cada proceso es vivenciado de manera distinta y confirman que a pesar de las técnicas de las que nos basamos y las teorías que se apliquen, lo verdaderamente real y sanador es la relación con el paciente, es aquello que pasa en el encuentro, en el aquí y ahora en terapia donde se logran aflorar las posibilidades de ser.

Indiscutiblemente en la relación terapéutica, “hay un vínculo hay un encuentro auténtico, hay aceptación incondicional en palabras del autor Carl Rogers debe ser respeto por todo lo que manifieste ese otro que también me ve con amor. El vínculo es una relación Yo – Tú, donde no hay pertenencias de ningún tipo y se favorece la libertad y singularidad de cada uno.”

El terapeuta es alguien que conoce cómo facilitar la conciencia en el otro, y ese otro es alguien que aprenderá a responder por sí mismo ante su vida, gracias a su propia conciencia.

En el presente trabajo se expondrá la manera en que la terapeuta abordó la experiencia de una adolescente con depresión, a raíz del abuso sufrido por parte de un familiar, en la que se podrá evidenciar los constantes cambios presentados por la paciente y la manera en que fueron abordadas las intervenciones por parte de la terapeuta, como objeto de análisis para el presente estudio de caso.

A continuación, se expondrán los conceptos que considero importantes y la manera como son utilizados para explicar la comprensión de la relación terapeuta-coagente. Priorizando el valor que tiene “el encuentro” en dicha relación. Basándonos en autores existenciales, el encuentro es entendido como un proceso donde ambas partes intervienen en relación con la experiencia presente.

Bien mencionan los autores que “la psicoterapia existencial pretende ofrecer, a partir del encuentro, un espacio donde la persona pueda vivenciarse y expresarse libremente mediante la relación consiente, abierta y empática que ofrece el psicoterapeuta “(De Castro, García y González, 2017).

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso es pertinente analizarlo desde el enfoque humanista existencial, por la gran importancia que tiene esta temática en la actualidad. Desde mucho tiempo atrás existen investigaciones que demuestran el alto índice de personas que padecen este trastorno, sin embargo, hoy por hoy desde muy temprana edad comienzan a surgir este tipo de enfermedades que afectan de manera significativa todos los ámbitos de la vida del ser humano.

Resulta valioso para los Psicólogos el presente estudio ya que, a pesar de todas las investigaciones realizadas hacia esta temática, es significativo resaltar la importancia de comprender y analizar desde la experiencia personal del terapeuta la vivencia con el paciente en el aquí y ahora y la manera como afirma Yalom (1984) “lo que cura es la relación terapéutica, y no tanto las interpretaciones teóricas y/o explicativas que se le den de forma unidireccional al paciente”.

De hecho, la relación terapéutica es lo más honesto y autentico, muestra la forma en que el paciente vivencia, valora y da sentido a su experiencia a partir de su relación en tiempo presente con el terapeuta. Como bien dicen “lo único real y concreto que tenemos cada uno es la experiencia.” Así mismo, expresa Yalom (1984) “La relación es la mercancía curativa y como ya sabemos, la búsqueda del conocimiento profundo y las excavaciones del pasado son tareas interesantes, aventuras aparentemente provechosas en las que se mantiene distraída la atención del paciente y del terapeuta mientras, por otro lado, está germinando el verdadero agente del cambio, la relación”.

Un buen terapeuta debe tener bases sólidas respecto a la teoría, pero también es cierto que no debe dejar de lado todas las características y/o herramientas esenciales que debe poseer y aplicar para que el proceso de la terapia sea adecuado. Es a partir de aquí donde el consultante percibe y muestra cambios significativos para su proceso, haciéndose consiente y asumiendo el control y responsabilidad de sus actos, clarificando sus valores y dándole sentido a su vida.

Basado en Romero (2003) los saberes del terapeuta son importantes y siempre deben estar presentes a la hora de hacer una buena psicoterapia, como el saber acoger, empatizar, saber escuchar, saber observar, sin dejar que los prejuicios del terapeuta contaminen la comprensión de la experiencia del otro.

El estudio de caso muestra los aciertos y errores del terapeuta ofreciendo desde su experiencia la comprensión de la relación terapéutica con la adolescente y seguido a esto, muestra la manera en que los conceptos empleados a lo largo de la Maestría pudieron ser aplicados de manera adecuada o no con el paciente.

Es un trabajo que permite abrirse a la experiencia del otro desde su relación con el coagente, mostrando sus fortalezas y debilidades en terapia, a pesar de que existen muchos casos, cada paciente es único y cada experiencia resulta significativa y enriquecedora para el terapeuta en su formación personal y profesional; permitiendo así una comprensión más clara en su relación con el otro.

ÁREA PROBLEMÁTICA

Actualmente, estamos en una sociedad donde las exigencias del mundo y las necesidades afectivas son cada vez mayores, ahí una pérdida significativa de los valores, donde la toma de decisiones se vuelve más compleja y donde se evidencia que al ser humano le cuesta asumir responsabilidades frente a las diversas elecciones a las que se enfrenta en su vida cotidiana.

Desde la experiencia del terapeuta resulta más usual hoy en día, los diversos casos de pacientes que llegan a consulta buscando colocar la responsabilidad de ellos en el terapeuta, mostrando evidentemente como les cuesta asumir dichas responsabilidades en su vida cotidiana. Por el simple hecho de evitar sentir la angustia y la ansiedad que requiere tomar responsabilidades ante la elección de algo.

“La psicoterapia existencial clarifica que el ser humano siempre está creando y decidiendo que ser y hacer, se tenga o no conocimientos de los deseos que motivan lo que está siendo y haciendo, de ahí el énfasis de la responsabilidad” (De Castro y Gracia, 2008, 2011; De Castro 2010)

Es por esto, que a partir del enfoque humanista existencial muestra que “para abordar el proceso experiencial, lo cual se hace mediante la implementación de los conceptos de presencia intrapersonal y presencia interpersonal. Estos conceptos basados en el “aquí y ahora” (Yalom, 2002, 1984) apuntan a la clarificación tanto de las necesidades y experiencias sentidas en la relación del paciente consigo mismo, como aquellas experiencias que son vivenciadas en la relación del paciente con el terapeuta respectivamente.”

Ciertamente analizar la relación terapéutica con un adolescente en su estado depresivo, puede resultar muy común según las diversas investigaciones que hay hacia el tema. Sin embargo, comprender el caso expuesto a lo largo de este trabajo, muestra que desde la mirada del terapeuta se puede adentrar a la experiencia del otro dando a conocer los aciertos y equivocaciones en la relación terapéutica. Así mismo, cobra más valor y significado tanto para el autor como para los lectores interesados, ya que significa una mayor comprensión de la relación con el otro y permite un mayor conocimiento de su proceso personal.

Lo importante a resaltar es que el terapeuta siempre debe tener claridad en sus bases teóricas, sin dejar que los juicios personales afecten la comprensión de la experiencia del coagente y sin dejar de lado que el terapeuta es un ser humano.

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Identificación del paciente

Nombre: D.C.

Género: F

Edad: 14 años

Escolaridad: secundaria (8°)

Motivo de consulta

Paciente remitida por el ICBF por "presentar comportamientos inadecuados interfiriendo en su dinámica familiar y relacional y siendo parte del plan de atención y seguimientos a víctimas de presunto abuso sexual."

Descripción sintomática

Paciente expresa sentir cambios emocionales constantes, presenta llantos frecuentes, ideas y/o pensamientos recurrentes de muerte y una gran desmotivación en todos los ámbitos de su vida gran mayoría del tiempo.

Descripción de estructuras de conducta

Durante las sesiones iniciales la paciente se mostraba tímida, poco expresiva, mantenía poco contacto visual con la terapeuta. Con el pasar de las sesiones D.C. se mostraba más participativa en su proceso, más expresiva en consulta, mostrando una mejor disposición y expresando sus deseos de cambio.

Sin embargo, se observa que la paciente aun le cuesta relacionarse y expresar sus emociones, le cuesta abrirse en su totalidad en consulta y así mismo presenta las conductas con sus padres y personas fuera de la sesión.

Historia personal

D.C. es la hija mayor de dos hermanos, actualmente vive con su madre y hermano menor, es estudiante de 8° de secundaria. Se dedica a estudiar en la mañana, por las tardes asiste a refuerzos debido al bajo rendimiento académico en la escuela, por lo cual tuvo que repetir 8°. Le gusta patinar, ir al parque con los amigos y asistir a encuentros de jóvenes en la iglesia los días sábado.

Los padres relatan que D.C. desde su niñez se caracterizó por ser una niña obediente, cariñosa, sociable, ocupaba uno de los mejores puestos en la escuela, solía ser muy alegre, risueña, y espontánea, solía tener un grupo de muchos amigos. Sin embargo, la paciente relata que desde los 7 años de edad todo cambio, fue víctima de abuso por parte de un familiar (hermano de la abuela paterna), y hasta la edad de 13 años decidió confesar lo que le había sucedido a una profesora de su escuela, que inmediatamente recurrió al ICBF y a contarles a sus padres.

D.C. a raíz de esta experiencia que la ha marcado durante años, empezó a mostrar cambios en el comportamiento, sus padres expresan que se volvió muy tímida, prefiere estar sola, en ocasiones suele ser agresiva, rebelde, y desobediente. Lo más notorio fue el bajo rendimiento académico, por lo cual debió repetir el grado, descubrieron que se hacía cutting, lloraba constantemente y se deprimía con facilidad, expresando que hay días que no siente motivación por nada.

Paciente relata que siente culpa, rabia y profunda tristeza por todo lo que le sucedió, señalando que prefiere estar sola, encerrarse en su cuarto y solo a veces cuando lo desea, sale al parque o con sus amigos.

Historia familiar

D.C. es la hija mayor de padres separados, tiene un hermano menor de 9 años, con quien actualmente vive junto con su madre. Sus padres se separaron desde que ella era muy niña. Actualmente, viven en una casa familiar (abuela, tíos, primos), pero hace un mes el padre de D.C. arrendo un piso arriba para que ellos tuvieran su espacio donde vive con su mamá y hermano.

La paciente refiere no tener “buena relación” con la madre ya que constantemente discuten, no tiene confianza para decirle sus cosas personales, ya que ella tiene un temperamento fuerte. Por lo que se muestra como una relación distante y poco emotiva. Por su parte, la relación con su padre refiere D.C. que es “buena” porque es afectivo con ella, y confía mucho en él, a pesar de no contarte todo, él siempre está ahí para ella.

Por su parte con la abuela materna refiere que tiene un vínculo muy fuerte y significativo, expresa que es la persona más importante en su vida, y que confía mucho en ella. “Mi abuela casi no me regaña, siempre me aconseja y me defiende” expresa D.C.

Al inicio del proceso psicoterapéutico con la paciente, la relación de los padres era conflictiva y distante, establecían poca comunicación y cuando lo hacía era para frecuentes discusiones, lo cual afectaba el comportamiento y la parte emocional de D.C. sin embargo, durante el proceso y la retroalimentación hacia los padres se les ha mostrado la importancia que tiene para la paciente desarrollarse en un ambiente sano, afectivo y responsable, sin importar las diferencias que los padres tengan. Se nota un cambio en la relación de los padres, mostrando el compromiso que tienen en el proceso de D.C.

Proceso de evaluación

El proceso estuvo basado en una entrevista inicial con el padre de D.C. quien fue el que asistió a la primera consulta, con el objetivo de indagar acerca de la historia personal, familiar y académica de la paciente, seguido a esto, se continuó explorando y trabajando con D.C. mediante entrevistas basadas en el enfoque Humanista Existencial donde se revelaba la dificultad que tenía para expresarse y relacionarse en la relación terapéutica.

Conceptualización diagnóstica

La paciente presenta constantes cambios emocionales, llora con facilidad sin razón aparente, siente desmotivación gran parte del tiempo, lo cual afecta el ámbito personal, académico y familiar de la paciente. Presenta un bajo rendimiento académico ya que suele distraerse con facilidad, y le cuesta trabajo concentrarse, así mismo, le cuesta conciliar el sueño en las noches.

En sus relaciones interpersonales se le dificulta relacionarse y abrirse con el otro, por lo que siempre busca aislarse y no entrar en contacto con las personas que la rodea, incluso trata en lo posible de evitar a sus familiares.

D.C. cumple con dichas características mencionadas que según el DM-V, puede clasificarse como Trastorno Depresivo Mayor.

Descripción detallada de las sesiones

- ✓ P: paciente.
- ✓ T: terapeuta.

Sesión 1

Antes de iniciar con la sesión, la terapeuta llega minutos antes al centro para preguntar a la secretaria datos de la paciente, debido a que lo único que conocía del caso es que era menor de edad y era remitida del ICBF.

Al leer el informe donde se refiere el motivo de remisión, la terapeuta de inmediato le genera miedo, incertidumbre y ansiedad, al saber que el tipo de caso que iba a tratar no sería una tarea fácil, además de las dudas e interrogantes que surgían en su cabeza, como ¿cuál sería la mejor manera de manejar su primer caso de abuso en una menor de edad? Al mismo tiempo, la terapeuta sintió rabia e indignación por los casos que actualmente suceden de abuso, muchas ideas pasaban por su cabeza.

La terapeuta se cuestionaba si ¿sería capaz de no dejarse llevar por sus sentimientos y dejar que estos influyeran a la hora de atender a la paciente? ¿Haría las preguntas pertinentes y adecuadas en el tiempo de la paciente?

Tocan a la puerta del consultorio.

T: Adelante, siga.

Entra al consultorio el padre y la paciente.

Padre: buenas Doctora, mucho gusto, soy el padre de D.C.

T: buenas mi nombre es K.R. y será la terapeuta que estará acompañando el caso de D.C.

¿Cuéntenme que los trae a consulta?

Padre: bueno Doc. Por dónde empezar... hace unos meses la niña comento en la escuela algo que le había pasado con un primo mío que vivía en la casa, que la tocaba y cosas así...silencio por unos segundos, (mostraba lo difícil que era para el hablar del tema), ya la niña le contara., a raíz de todo lo que le paso, la mamá y yo hemos notado cambios en sus comportamientos.

T: Cuénteme, ¿qué tipo de comportamientos han notado?

Padre: Doc. Por lo menos en el colegio ha bajado su rendimiento, lleva 7 materias casi perdidas, a veces es muy grosera con nosotros, en la casa se encierra siempre en el cuarto y de ahí no sale por un buen tiempo. La mamá y yo estamos muy preocupados.

T: D.C. se mantuvo callada en la sesión, no levantaba su cabeza evitando el contacto visual con la terapeuta, mientras su papá hablaba, ella por su lado, sacaba un cuaderno y escribía.

Padre: hace poco la mamá y una prima que viven en la casa, se dieron cuenta de unas cortadas que tenía D.C. en los brazos y en las piernas y eso nos tiene muy tristes y preocupados, realmente mucho. (En su cara se ve el reflejo de la tristeza y preocupación del padre por lo que le sucedía a su hija).

¡Ah! Y algo muy grave Doc. La mamá le cogió el celular y se dio cuenta que D.C. estaba mandando unos videos a un muchacho del colegio, por eso ya decidimos que no tendrá celular por ahora.

T: ¿Qué tipo de videos eran?

D.C. deja de mirar su cuaderno, levanta la cabeza apenada, nerviosa, pensativa, mira a su padre, luego mira a la terapeuta con ganas de decir algo o por lo menos eso es lo que se percibe, y vuelve a su libreta a escribir.

T: D.C. cuéntame de esto que comenta tu papá.

La paciente no mantiene contacto visual y se mantiene callada, sin embargo, la terapeuta sintió que era el momento de hablar solo con la paciente y mostrarle que era su espacio.

Padre: los videos eran de ella desnuda y los enviaba a unos muchachos que ni conocemos, suponemos que del colegio. (expresa esta apenado por lo de su hija).

T: el padre mira a D.C. y luego a la terapeuta buscando respuesta alguna y aguarda silencio.

Listo me parece muy importante todo lo que me conto acerca de D.C. esto resulta valioso para iniciar el proceso y conocer de ella.

Seguido a esto la terapeuta le pide el favor que la deje sola con la paciente para conversar los minutos que quedan.

La terapeuta les expresa que en la próxima sesión ya trabajara sola con D.C. y luego se reunirá con los padres para comentarles cómo se llevara a cabo el proceso psicoterapéutico y algunas pautas para acompañar de manera adecuada a la paciente.

Padre: listo doctora gracias. Le da un beso en la cabeza a la paciente, mostrándose afectivo con ella y sale del consultorio.

T: Bueno D.C. cuéntame, ¿cómo te sientes, háblame de lo que mencionaba tu papá?

P: levanta la mirada, y permanece unos segundos en silencio...la verdad es que hace unos meses, quizás como 5 meses, no sé, sentí la necesidad de cortarme, de calmar el dolor que siento y me cortaba en las piernas y a veces también en los brazos, pero en los brazos casi no porque se daban cuenta.

T: háblame de ese dolor que sientes...

P: la verdad no se... es que siento rabia, tristeza, de todo y...mamá, siento culpa porque me deje a todo eso.

T: Que es todo eso, D.C. cuéntame

P: ¡ay! todo eso que le conto mi papá, todo lo que “él” me hizo

La paciente hace una pausa y sus ojos se nublaron con ganas de llorar

T: inténtalo, ¿que sientes?

P: hoy no quiero hablar de eso. (Pausa). Por favor.

T: está bien todo es a tu ritmo, este espacio es única y exclusivamente para ti, puedes contarme lo que tú quieras, cuando sientas deseos de hacerlo.

En ese momento la terapeuta sintió que no era el momento de ella, quizás no se sentía lista para abrirse a una desconocida, llamada terapeuta, que conocía por primera vez, no había confianza, por lo cual la terapeuta decidió cambiar drásticamente el tema, a lo mejor para evitar incomodar a la paciente, y/o para seguir indagando y conociendo de D.C.

D.C. Háblame un poco de tu familia, ¿con quién vives?

P: vivo con mi mama, mi hermano y en otro lado vive mi abuela, unas tías con su familia.

T: cuéntame, ¿cómo es la relación con tu familia?

P: pues normal...

T: ¿Qué es normal?

P: normal, ósea...a mi papá no lo veo tanto (silencio unos minutos)

Lo que pasa es que mi mamá le da rabia que mi papa tenga otra familia y ellos pelean mucho, por eso lo vemos a veces.

T: Entiendo, bueno D.C. se acabó el tiempo, nos vemos el próximo lunes y continuamos en la próxima sesión, que tengas buena semana.

P: Gracias, se levanta abre la puerta y se va.

La terapeuta percibió que D.C. se le dificultaba hablar de su familia, bajaba su mirada y sus ojos se humedecían al hablar de su papá. Según lo expresado por ella, no había una buena dinámica familiar, por lo que la terapeuta pensó que un punto clave para el proceso es la orientación que se debía realizar a los padres de D.C. ya que esto podría ser una de las razones por las que ella estaba afectada emocionalmente entre otros posibles factores.

Sesión 2

La paciente llega puntual a la cita, se muestra dispuesta, su papá la estaba acompañando, pero el espero afuera como se había acordado.

T: Hola D.C. ¿cómo estás? ¿Cómo estuvo tu semana?

P: hola doctora, pues normal... (Se queda callada)

T: al paso de unos minutos la terapeuta interrumpe el silencio incomodo... y le pregunta... cuéntame D.C. ¿qué es normal?, ¿dime cómo te sientes ahora?

P: empezó contando sucesos de su semana, con timbre de voz tenue, ni expresión en su cara. (Contenido)

T: noto que estas triste, cuéntame que sientes...

P: esta semana me he sentido igual que siempre, triste.

La paciente quita la mirada, respira profundo y se queda callada unos segundos.

P: La verdad le confieso que me corte el viernes, no aguante, sentía rabia y mucha tristeza por todo lo que me pasa.

T: Que es todo lo que te pasa, cuéntame de eso ¿por qué sientes tanta rabia y tristeza a la vez?

P: usted sabe lo que me paso, no entiendo porque me paso a mí. A veces siento que tuve la culpa, no dije nada. (Silencio)

Cuando me corto y veo sangre y quiero más...no sé, es raro, antes lo hacía por hacerlo, ni sabía por qué y ahora lo hago más constantemente.

T: la terapeuta espera unos segundos que la paciente continúe expresando su sentir, sin embargo, mientras eso pasaba, la paciente miraba ansiosa esperando algún tipo de respuesta o comentario por parte de la terapeuta.

En ese momento la terapeuta se sintió igual de ansiosa sin saber que decir...minutos siguientes tras el silencio decidió preguntar.

T: Y cuéntame cómo va el colegio y las materias que tienes con baja nota, aun tienes oportunidad de recuperarlas.

P: la verdad no sé, hago mi esfuerzo, mi papá me dice que si no las gano me sacara del colegio y no quiero. Aunque cuando voy al colegio me da aburrimiento, no se ando de mal humor, mi ánimo cambia rápido, y ando con mucho sueño.

El viernes cuando salí del colegio se me pasaron muchas cosas a la cabeza.

(Agacha la mirada)

T: D.C. cuéntame qué tipo de cosas...

P: ¡pensé en tirarme a un carro, no sé! Solo se me ocurrió, pero no lo hice.

T: Es delicado lo que mencionas, ¿ya te habían pasado antes este tipo de pensamientos o ideas? ¿Has intentado algo en contra de tu vida D.C.?

P: no, solo lo he pensado algunas veces.

En ese momento la terapeuta tiene en su mente varias hipótesis de lo que había escuchado...también sintió miedo a la responsabilidad que exigía el caso y posiblemente una ansiedad de lo que debería hacer con esas ideas y/o pensamientos de muerte de la paciente. Debía actuar de inmediato y comentarles a sus padres, hacer una remisión a psiquiatría, aunque al mismo tiempo sintió que su paciente no sería capaz de intentar algo aun a pesar de haberlo pensado.

El tiempo de la sesión termina.

Sesión 6

P: Buenas Doctora

T: Hola D.C. como estas, ¿cómo te sientes el día de hoy?

P: Normal...

T: ¿Qué es normal? Cambiemos esa palabra “normal” y trata de describirme tú
¿cómo te sientes?

P: es que es normal, ósea ni bien ni mal...

Me siento un poco triste porque usted sabe que perdí el año y en el colegio
donde fui a hacer los exámenes no me aceptaron, yo sentía que me había ido
súper bien y nada.

T: entiendo cómo te sientes...

P: siento que nadie me entiende

T: porque sientes eso D.C.

P: No sé, así me siento, veo mi mundo a blanco y negro.

T: como así a blanco y negro. ¿Qué significa eso...?

p: que veo todo oscuro en tinieblas, nada cambia todo sigue igual. (Silencio)

A veces veo los carros y me tiro hacia ellos...

T: ¿Para qué lo haces?

P: quizás con la intención de no vivir más, no sé.

T: háblame de eso que sientes...

Tocan a la puerta indicando que el otro paciente ya llegó.

Realmente la terapeuta no se dio cuenta del tiempo, ya habían pasado 10 minutos y toco finalizar la sesión.

T: D.C. ya el tiempo se acabó y debo atender al otro paciente, pero quiero que cuando te sientas mal, te sientas deprimida, sin sentido, te acuerdes de todas las cosas buenas que hay en tu vida, escríbelas y me las muestras en la próxima, así mismo si te sientes mal o se te pasan ideas o cualquier cosa y no tengas con quien hablarlo escríbelo, es una manera de desahogarte y expresar lo que sientes en el momento. Este es mi número por si en algún momento te sientes muy mal, o con algún deseo de hacer algo, me llames inmediatamente. Acuérdate que solo debes recurrir a mí si sientes que es algo que no puedes manejar. Nos vemos la próxima sesión.

P: gracias Doc., eso hare.

Inmediatamente la terapeuta pensó en hacer una remisión a Psiquiatría ya que la paciente había expresado en varias ocasiones acerca de sus pensamientos y/o ideas recurrentes de muerte, la cual la llenaba de ansiedad y temor, pero confiaba que su paciente haría lo que ella le sugirió.

Sesión 8

La paciente entra al consultorio sin mencionar una palabra, su cara expresaba rabia y/o apatía por la cual inicia la consulta de la siguiente forma.

T: Hola D.C. noto que te pasa algo, entraste muy callada el día de hoy.

P: se queda en silencio y asiente con los hombros.

T: cuéntame porque te sientes así...

P: no es nada importante solo que no me sienta bien, ¡me duele la cabeza!

T: es eso o hay algo más, no sé si me equivoco, pero, siento que ¿no deseas estar aquí, te siento algo apática?

P: ¡no es nada con usted! Lo que pasa es que estoy castigada según mi mamá por mi mal comportamiento y eso me da rabia, y ahorita discutí con ella.

T: permítete sentirlo aquí, no guardes esa rabia. En ocasiones me doy cuenta que te cuesta expresar tus emociones y lo que estas sintiendo. Se vale sentirse así a veces...

P: pues sí, pues sí, es cierto doc. No me gusta demostrar, ni que nadie sepa lo que siento, me cuesta. De igual mi mamá ya me dejo salir en la noche a clases de zumba con mi tía, entonces no se ni para que me castiga, si igual me dejo salir.

T: bueno a veces no te entiendo, te he oído decir que tu mamá es muy dura, te castiga y ahora que te “quita” el castigo tu actitud hacia ella me confunde...

P: ¡ay no sé!, si uno está castigado debe ser así.

T: Seguido a esto la paciente siguió contando sucesos del fin de semana, como iba en el colegio... (Contenido)

La terapeuta le comenta que hablo con sus padres para la remisión con psiquiatría, en lo que D.C. interrumpe...

P: ¡me da rabia que me quieran llevar al psiquiatra, yo no quiero ir!

T: D.C. pero cuéntame porque sientes rabia

P: porque siento que me quieren controlar con pastillas.

T: ¿controlar? Nadie ha mencionado eso... se le explica la importancia de la remisión de acuerdo a los síntomas relatados por ella.

Sesión 10

La paciente llega atrasada a la consulta, ingresa al consultorio sin emitir palabra, se sienta en la silla y la terapeuta nota sus ojos llorosos.

T: Hola D.C. como estas, cuéntame ¿qué te sucede?

P: Nada, todo normal

T: ya hemos hablado de ese estado “normal”, ¿qué quieres decir con normal?

P: silencio

T: la terapeuta espera varios minutos, pero la paciente no decía nada, se recostó entre sus piernas y se tapó la cara. La terapeuta insiste nuevamente.

Siento que estas cargada ¿qué sientes ahora?

P: nuevamente en silencio...

T: reiteradamente la terapeuta espera unos minutos, y el silencio la hace sentir incomoda, la actitud de la paciente, su posición corporal, la llenan de ansiedad pensando que debe hacer, incluso algo molesta.

La terapeuta luego de insistir un par de veces para que la paciente expresara algo y aun a pesar de que ella mencionara explícitamente que no quería decir nada... ella insiste una última vez.

T: percibo que algo te pasa quizás... ¿te sientes triste, angustiada, molesta o?

P: ¡de todo un poco, me da rabia tanta cantaleta y que mi mamá todo es gritando... no quiero hablar!

T: la terapeuta en ese momento sintió angustia quedaban unos minutos de sesión... sería valido respetar su silencio y su deseo de no hablar y dar por terminada la sesión.

En ese momento la terapeuta sintió incomodidad, ansiedad y hasta rabia porque la paciente no quiso decir nada, también su actitud en consulta le pareció irrespetuosa.

La terapeuta formulaba hipótesis en su cabeza, incluso llego a pensar que quizás la madre tenía algo de culpa, quizás su carácter era muy duro y muy temperamental como había mencionado D.C. en algunas sesiones. ¿Qué hacer?; ¿Qué era lo indicado como “buena terapeuta” para este caso?

T: al poner los ojos nuevamente en D.C. solo se le ocurrió decir...

Ok. Está bien sino deseas hablar más por hoy lo voy a respetar, solo recuerda que estoy aquí para escucharte y ayudarte, este espacio es de las dos. Te parece bien si escribes cómo te sientes y si al finalizar aun decides no decir nada, nos veremos en la próxima sesión y respetare eso.

P: mira fijamente la terapeuta, queriendo transmitir algo, pero solo cogió la hoja, escribió y sin decir nada salió del consultorio.

T: la terapeuta queda sorprendida, coge la hoja y lee lo que D.C. escribe “solo quiero llorar y llorar, me siento triste tengo un nudo en la garganta”.

Sesión 12

T: ¿Hola D.C. como estas hoy?

P: pues normal... (Silencio)

Le cuento que estoy molesta con mi mamá porque no me quiere dejar salir, porque le dijeron que me fue mal en el colegio, siempre es lo mismo y ella no sabe hablar, ni me cree nada, todo es gritando.

T: la paciente empieza a contar sobre su rendimiento académico, enfatiza en que ella hace su mejor esfuerzo porque va donde Paola su profesora de refuerzos por las tardes. (Contenido)

Poco a poco la paciente fue más abierta y espontánea, a pesar de que era solo contenido de su experiencia, era de las pocas veces que ella expresaba sucesos de su vida, sin que la terapeuta preguntara o iniciara un tema. Seguido a esto...

P: se queda callada, y sus ojos empiezan a humedecer.

T: D.C. cuéntame que sientes en este momento... su postura corporal cambio, salía una lagrima de sus ojos y su rostro empezó a reflejar una gran tristeza o por lo menos eso percibió la terapeuta.

P: ¡no se! me siento muy triste, a veces siento muchas ganas de llorar como ahora, se me vienen recuerdos que me hacen daño y me atormentan todo el tiempo. (Llora)

T: la terapeuta espera en silencio mientras la paciente empieza a llorar y se tapa con las manos para hacerlo.

P: ayer me paso que mi papá me iba a dar un beso en la mejilla y lo quité y le di la cabeza.

T: ¿qué paso ahí, que sentiste ese momento?

P: es que no me gusta que nadie me bese, me recuerda a eso

T: que te recuerda D.C. hálame de “eso”, sé que no es fácil para ti, pero aquí estoy yo para ayudarte.

P: ¡no me gusta que me besen la mejilla, me da acoso! Usted sabe que es eso, lo que me paso... (Lágrimas en sus ojos, y con su mano se restriega la mejilla).

Luego de unos segundos llorando, se levanta corriendo al baño.

T: en ese momento algo pasaba dentro de la terapeuta, realmente ver a su paciente sufriendo la conmovió, pensaba en cuanto sufrimiento había dentro de ella.

P: entra, nuevamente se sienta y mira al terapeuta esperando como una respuesta.

T: ¿Por qué te saliste así?

P: no me gusta que me vean llorando. Asiente con los hombros.

T: ¿cómo te sientes ahora que me describes cómo te sientes?

P: quizás lo necesitaba, pero aún me siento triste.

T: gracias por compartir esto conmigo hoy, sé, y siento que no es fácil para ti expresarlo, pero es la mejor manera de sacar todo eso que sientes.

MARCO CONCEPTUAL

La relación terapéutica

Cada paciente que llega a consulta es un mundo único, distinto, es una experiencia y un sentir diferente, pues cada uno de ellos deja su esencia en cada experiencia relatada con el terapeuta. A pesar de que los diagnósticos sean muy comunes, es la experiencia de cada uno en su relación con el terapeuta lo que lo distingue del otro.

La terapia basada en el cliente propuesto por Carl Rogers e inscrita en la escuela humanista, considera la relación terapéutica como un proceso interpersonal (Londra, 1978), en la cual los dos individuos implicados (terapeuta-cliente) participan de forma activa.

Basado en lo anterior en la relación terapéutica ambas partes trabajan de manera conjunta para lograr cambios en el proceso del coagente, de acuerdo con las necesidades que este mismo trae en el aquí y ahora con el terapeuta. Donde es el terapeuta el que facilita y acompaña el camino del coagente (agente activo de su cura), de acuerdo al ritmo que el paciente va mostrando en terapia.

Bien menciona Romero (2003, p. 77) “En una abordaje comprensivo-existencial el relacionamiento es complejo, implicando casi todos los aspectos exigidos por una proposición de trabajo común y en un plano de intimidad y de intercambio afectivo”.

La relación terapéutica se basa en acuerdos preestablecidos de ambas partes donde se crea un clima adecuado de total confidencialidad e intimidad y donde estén presentes los compromisos de ambas partes, todo esto con el fin de que se convierta en una relación terapéutica clara y formal.

Como menciona el autor “para que ocurra el encuentro deben cumplirse los requisitos para ambas partes (terapeuta-coagente) tener la disposición, ser genuinos, que la interacción sea mutua con un fin y que dicha interacción signifique un encuentro del sujeto en sí mismo. (Romero, 1998)

De castro, García y Gonzales (2017) La psicoterapia existencial pretende ofrecer, a partir del encuentro, un espacio donde la persona pueda vivenciarse y expresarse libremente mediante la relación consciente, abierta y empática que ofrece el psicoterapeuta: “el nacimiento y desarrollo del yo tiene lugar en el área de lo interpersonal... estamos presentes unos ante otros”. (May, 1992, O. 193) P. 289

Basado en lo expuesto por los autores el espacio terapéutico debe ser genuino, porque es este espacio que permite el encuentro con su ser, donde se permite ser auténtico y real, donde el terapeuta no juzga, ni cohiere para expresar lo que el coagente siente y desea. Es un proceso de reorganización que permite clarificar y replantear ideas, pensamientos, actitudes y /o comportamientos de la experiencia misma en el trabajo terapéutico y que se va construyendo ahí con el paciente.

Lo único real es la relación, lo que pasa en el AQUÍ y AHORA con el paciente. El terapeuta debe estar atento a captar y comprender la experiencia del otro en su relación con él y es aquí donde surge un concepto importante que se da en la relación terapéutica y es la presencia.

Presencia

El concepto de presencia es fundamental y necesario que se desarrolle en la relación terapéutica y no es más que el estar ahí presente. Aunque suena fácil, somos seres humanos y por ende no siempre estamos en la disposición de estar para el otro, lo cual requiere en parte un autoconocimiento de si, para poder captar comprender y clarificar dentro la experiencia con el otro, las ideas, sensaciones, pensamientos, prejuicios nuestros o del paciente.

El estar presente en el encuentro significa que el terapeuta debe efectivamente lograr captar y comprender la experiencia del otro en su relación consigo. May lo expresa (1977) de la siguiente forma:

Existencialmente la verdad siempre implica la relación de la persona hacia algo o hacia alguno, y el terapeuta forma parte del “campo” relacional del paciente {...}, en realidad no puede el terapeuta ver el paciente a menos que participe de su campo experiencial. (p. 116)

El terapeuta como agente facilitador y guía del camino del paciente, no debe centrarse únicamente en el mero contenido que trae, ni en las bases teóricas que posee, sin dejar de mostrar la importancia que tienen estos aspectos, en otras palabras, el terapeuta debe igualmente darle importancia al estar presente con el paciente en terapia, captar, entender, y acoger la experiencia del mismo en su relación y la manera como este lo vivencia ahí con él.

La presencia refiere a “una actitud de apertura experiencial hacia uno mismo y el otro de forma simultánea, a partir de una vivencia y entendimiento de la situación existencial que se está compartiendo en el momento presente”. De Castro, García y Gonzales (2017).

Como mencionan los autores la presencia es la que permite comprender y captar, la experiencia de ser de otra persona. Y esto es lo que realmente busca el paciente, una relación donde pueda ser aceptado, comprendido y escuchado, y es en el encuentro, el único espacio donde se genera una relación genuina donde podemos ser nosotros mismos, allí con en la relación con el otro. (terapeuta-paciente).

(May, 1974)” Si mientras estoy sentado aquí pienso sobre todo acerca de los porqués y cómo de la manera como se originó el problema del paciente, la habré captado todo, excepto la cuestión más importante de todas, esto es, la persona existente” (p.178) citado por De Castro, García y Gonzales (2017).

Es por esto que el trabajo del terapeuta es una constante, que requiere de experiencia, para captar los deseos, la intencionalidad del paciente. Cuando la relación terapéutica logra los objetivos propuestos, se desarrolla en un ambiente propicio y ahí disposición de ambas partes, permite que el paciente encuentre el sentido de su experiencia, haciéndolo consciente y comprometido consigo mismo en su relación con el terapeuta. (May, 1990)

Es importante mencionar los conceptos de presencia intrapersonal y la presencia interpersonal que deben darse en la relación con el paciente, haciendo referencia a la primera como al “hecho de atender a la experiencia inmediata, presente afectiva, kinestésica y corporalmente sentida que ocurre en el paciente en su relación presente consigo mismo”. Este entendimiento solo puede darse en la relación presente, aquí el terapeuta trata de captar y comprender la experiencia del paciente de tal forma que pueda cuestionarse sobre la misma y al mismo tiempo clarifique lo que ve o siente de la experiencia del coagente. Una vez ya

clarificado puede exponerlo, lo cual le permitirá tener más claridad sobre el mismo en la toma de decisiones. (De Castro, 2014)

Como menciono anteriormente, la presencia intrapersonal, atiende a la experiencia que trae de forma inmediata el paciente, mediante sus experiencias, recuerdos, emociones y sentimientos consigo misma en la terapia. El terapeuta por su parte, debe hacer preguntas que vayan dirigidas a atender dicha experiencia, indagando y permitiendo que el paciente la vivencie allí con él.

Por esto es importante que cada sesión se hable abierta y honestamente, de lo que ambas partes sienten en relación con el otro, porque permite mayor clarificación y mayor apertura hacia la experiencia, así mismo que afianza y fortalece la relación terapéutica, creando vínculo de confianza. A su vez, el terapeuta debe redirigir lo que muestra su paciente el aquí y ahora.

Por ejemplo, si la paciente llega a consulta melancólica, triste o alguna sensación que se notoria o percibida por la terapeuta debe mostrarle eso que se está evidenciando en su presencia.

Por su lado la presencia interpersonal, implica un entendimiento sentido/ experiencia de la forma de relacionarse consigo mismo como el creador de su propia experiencia en el momento presente. Lo cual implica trabajar en el aquí y ahora lo que el paciente está sintiendo en su forma de relacionarse consigo mismo y en su relación con el terapeuta. (De Castro, 2014)

La presencia interpersonal busca atender lo actual, lo que está vivenciando la paciente en el presente de la relación con el terapeuta. Está centrado más en el proceso experiencial de la relación que en el contenido.

Saberes del terapeuta

Si bien es cierto en la vida cotidiana es difícil desligarse de los prejuicios, creencias o costumbres que cada ser humano posee, cuando interactuamos con una persona por primera vez siempre se tiende a crear ideas de esa persona, que muchas veces puede ser errada ya sea por gestos, palabras o comportamientos de la misma, que hacen que de forma inmediata se cree juicios de valor hacia al otro.

Ahora bien, este es el trabajo complejo del terapeuta al que se enfrenta a diario, y el cual no es tarea fácil, pues al igual que todos también son seres humanos. El trabajo es evitar que dichos prejuicios no contaminen la experiencia del otro, sin importar lo que el paciente este mostrando en la relación terapéutica.

Carl Rogers “presento la premisa de que el terapeuta debe aceptar incondicionalmente al cliente, y se ha sobrestimado esta capacidad. El cumplimiento de esta premisa no es fácil”. (Citado por Romero, 1998)

El terapeuta debe “acoger” a la persona para que ella tenga la posibilidad de mostrarse tal cual es con sus gestos, comportamientos, pensamientos. Bien dice el autor Romero que no es tarea fácil, pues desde el primer momento en que el paciente llega al consultorio, se logra captar una idea del otro, y es donde el terapeuta debe apartar sus juicios para que no interfiera en el contenido de la experiencia que trae el paciente.

Romero (2003) menciona que el saber “acoger” es convidar al otro para que sea el mismo, sintiéndose a gusto con nuestra presencia. En los gestos, en la mirada, en los movimientos, en las palabras expresamos esa invitación”.

Cuando acogemos estamos en plena disposición al otro, dejando de lado los juicios personales y mostrando en la relación terapéutica siempre autenticidad y honestidad para y con el otro, una relación totalmente genuina.

Así mismo, como menciona Romero (2003) el terapeuta debe aplicar los 3 saberes básicos que indudablemente deben estar presentes en toda relación terapéutica, para lograr que sea totalmente genuina y no se vea alterada por cosas externas y/o propias del mismo agente facilitador:

- Saber acoger
- Saber empatizar
- Saber escuchar

El saber acoger no es tarea fácil pues implica no juzgar, no crear juicios es simplemente “te acepto tal cual eres”. Es permitirle al paciente “ser el” en todo el sentido de la palabra y esto facilita una mayor apertura hacia el terapeuta, depositar su confianza y que se sienta en la libertad de expresar cualquier situación o sentir por difícil que a este le parezca, dando como resultado abrirse en su totalidad a vivenciar su experiencia en la relación con el otro.

De acuerdo con lo mencionado por el autor, otro de los saberes fundamentales que deben desarrollarse dentro de la relación terapéutica es el saber “empatizar” que implica

colocarse en el lugar del otro, captando así el movimiento de su afecto. Si no logro colocarme en el lugar del otro no ahí empatía. Romero (2003).

Este saber implica, ponerse en los zapatos del otro, es decir, captar sus sentimientos y sensaciones para poder comprender su experiencia. Aunque suena ilógico y casi imposible, pues nadie puede sentir el sufrimiento o la alegría de otro ser humano, cuando logramos sentir empatía, que significa sentir lo que siente el otro, en algún grado, logramos captar los sentimientos y emociones que nos transmite el paciente, desde su vivencia personal y nos conducen a acercarnos más a la experiencia del otro desde la relación terapéutica.

Sin embargo, para poder llegar a captar el movimiento afectivo del paciente, el terapeuta debe desligarse de sus ideas, pensamientos y/o juicios, para captar en su totalidad las necesidades que esta muestra en la relación. Cuando el terapeuta se muestra empático, el paciente lo percibe, se siente aceptado, pero sobretodo comprendido y no juzgado, lo cual lo lleva a una mayor apertura hacia su experiencia.

Romero (2003) menciona que empatizar no es más que “colocarse en el lugar del otro” como se mencionó anteriormente, sin juzgar, entendiendo el sufrimiento, comprenderlo desde su experiencia, acompañarlo, pero bien dice el autor no es “una forma de complicidad”.

Y finalmente el otro saber y no el menos importante es el saber “escuchar” que significa estar disponible y receptivo al otro, sin necesidades urgentes de expresión personal. Es captar un mensaje atendiendo a su sentido menos explícito, abriéndose inclusive a su invitación. Romero (2003).

Este saber no es ejercicio fácil de aplicar, puesto que en terapia muchas veces el terapeuta desea intervenir o lanzar su juicio hacía lo que el paciente expresa, y resulta

importante que se maneje los silencios e intervenir justo en el momento indicado para el paciente y no en la ansiedad del terapeuta de lanzar su intervención. Bien menciona el autor “solo quien sabe permanecer en silencio llegar a captar el valor esencial de las palabras”. Romero (2003).

Romero (2003) refiere que el saber escuchar significa “dejar que el otro se exprese colocándose en una actitud de receptividad cordial, significa también saber omitirse, para no interferir en la libre fluencia de la otra persona”.

Como terapeutas, pero, ante todo, como seres humanos es complicado, en ocasiones cuesta permanecer en silencio escuchando atento al paciente ya sea por el ruido interno o voz interior que aparece, o las hipótesis y/o pensamientos que creamos en nuestra cabeza. También ocurre queremos refutar u opinar en pro o en contra de lo que el paciente menciona y queremos mostrárselo.

Basado en el autor, cuando el psicoterapeuta deja que su propio afán y ansiedades de evitar el silencio en la terapia, tratando de complacer y cumplir con dichas expectativas del consultante, se pierden de la experiencia y termina haciendo preguntas poco adecuados, que terminan sacando de la experiencia al paciente. Romero (2002),

Como menciona el autor, escuchar significa permanecer en silencio, y no se refiere al silencio de las palabras o gestos, sino al ruido de la mente o voz interior que gran parte del tiempo está presente y que interfiere en captar la experiencia del paciente.

Implica que el terapeuta se “omita” es decir, no interfiera en el discurso de la paciente sino por el contrario, se centre en dicho contenido para lograr captar la experiencia junto a su paciente en dicha relación.

Los tres saberes mencionados anteriormente, implican un solo acto que no pueden ser dado el uno sin el otro, no existen reglas ni manuales para aplicarlos, simplemente en la experiencia con el otro pueden ser percibidos y enfocados a la mejora de la relación terapéutica en el aquí y ahora.

Aquí y ahora

El enfoque Humanista Existencial centra la terapia en el “aquí y ahora”, sin dejar de lado la historia personal y vivencias pasadas del paciente, lo realmente importante es lo que sucede en el tiempo presente con el paciente en su relación. El “aquí y ahora” se refiere a los acontecimientos inmediatos de la sesión terapéutica, a lo que está ocurriendo aquí (en el consultorio, en esta relación, en el espacio particular entre usted y yo) y ahora, en los minutos de esta sesión inmediata. Yalom (2002)

Yalom (2002) afirma que hay dos supuestos básicos en las que se basa el aquí y ahora en terapia: el primero es la importancia de las relaciones interpersonales y el segundo supuesto es la idea de la terapia como un microcosmos social.

Un ejemplo claro de lo que afirma el autor, es notable en terapia desde la experiencia del terapeuta, a menudo los pacientes llegan refiriendo en su motivo de consulta la gran dificultad que tienen para relacionarse con las personas de su entorno. La tarea del terapeuta es ver de qué manera el paciente llega a consulta y como es su relación con este, ya que los pacientes manifiestan en sus comportamientos y actitudes dentro la terapia de aquí y ahora sus maneras de afrontarlo afuera.

El segundo postulado “significa que eventualmente (siempre y cuando no lo estructuremos demasiado) los problemas interpersonales del paciente se manifestaran en el “aquí y ahora” de la relación terapéutica”. Yalom (2002)

Cada paciente es un mundo diferente y su manera de vivenciar la experiencia en el tiempo presente con el terapeuta igual, sin embargo, siempre terminan revelando en su comportamiento, gestos, actitudes, detalles que solo el terapeuta capta en la vivencia con él la forma como asumen determinadas situaciones fuera. Es el aquí y ahora que permite captar el significado total de la expresión de los sentimientos del coagente.

Proceso vs contenido

Hay dos maneras de abarcar la experiencia de la relación terapéutica con el paciente, ya sea basada en el proceso o basada en el contenido de las sesiones. Ambas maneras son válidas a la hora de comprender la relación, sin embargo, es pertinente que el terapeuta tenga claridad para poder enfatizar en la comprensión de la experiencia y así mismo, facilite el proceso para el paciente.

Por un lado, el “contenido” según menciona el autor se refiere a las palabras y conceptos reales expresados. El “proceso” se refiere a la naturaleza de la relación entre los individuos que expresan las palabras y los conceptos. Yalom (2000)

Yalom afirma que “La mejor manera de aprender sobre nosotros mismos y nuestro comportamiento es a través de la participación personal en interacción combinada con la observación y el análisis de interacción”.

Es por esto que durante este trabajo se enfatiza en la importancia del aquí y ahora en terapia y la importancia de la relación terapéutica, porque es en este espacio donde descriptivamente se le ayuda al paciente a partir de sus ideas, pensamientos y/o interpretaciones clarificar, reorganizar y darles un sentido a sus experiencias.

En ocasiones por el mismo afán del terapeuta de recoger datos, información que lleve a crear hipótesis y tener claridad de lo que sucede con el paciente, se deja de lado el proceso centrándose más en el mero contenido, que al final resulta pura información. Mientras que en el “proceso” con el terapeuta permite comprender más la experiencia, y que el paciente se adentre más en su mundo, en su vivencia del tiempo presente.

Para comprender dicha experiencia, que se da dentro del proceso de la relación terapéutica, se debe lograr captar los sentimientos, emociones y sensaciones que el paciente trae de su vida cotidiana a consulta en el aquí y ahora, y es allí donde el terapeuta debe estar abierto a sentir y vivenciar junto con el consultante lo que trae.

Todo lo que pasa dentro del proceso debe ser espontáneo, genuino y compartido en la relación, los sentimientos que surgen, lo que transmite el paciente, las sensaciones o ideas que se experimenten dentro del aquí y ahora, deben ser redirigidas y expuestas en las sesiones, esto permitirá afianzar y fortalecer la relación terapéutica. Además, el terapeuta debe trabajar con las emociones y sensaciones que ocurren dentro de él, en la relación, ya que esto permite captar el significado total de la expresión de sentimientos y una mayor comprensión de lo que pasa en dicha relación.

No es tarea fácil de conseguir pues supone “exponerse”, abrirse al otro, fuera de técnicas y teorías, resulta una apertura experiencial de los sentimientos propios del terapeuta

y así mismo de su paciente, para lograr captar la comprensión de la misma en dicha relación. Teniendo claro como menciona Yalom (2002) cuales son los sentimientos o emociones del terapeuta y cuales las del paciente.

De esta forma, es pertinente aclarar que si bien es apropiado preguntarse por variables implicadas en los procesos psicológicos cotidianos de los seres humanos (estructuras psicológicas, mecanismos de enfrentamiento, emociones, etc.), es muy importante, tal como sugiere Bugen tal (1964, 1987, 1997), interrogarse acerca del sentido de la experiencia y la intencionalidad de la persona concreta que está creando sus propias emociones y mecanismos a partir de su vivencia como ser-en-el-mundo.

En otras palabras,” tenemos que preocuparnos en primera instancia por descubrir el centro existencial de la persona y los valores concretos y particulares en que esté centrado. Dicho en palabras de May (1963, p. 17): “la cuestión de por qué uno es lo que es, no tiene sentido hasta saber qué es uno”. Citado por De castro y Gracia (2008)

Ansiedad

“La ansiedad es una experiencia que siempre ocurre en relación con el individuo con las situaciones, objetos y personas que constituyen el mundo con el cual la persona se relaciona”. Citado por Castro, García y Gonzales (2017).

Al experimentar la experiencia de ansiedad, nos enfrentamos al acto de valorar ese algo que vemos comprometido o amenazado en nuestra vida, y lo cual llega a ser subjetivo para el que lo vivencia. La ansiedad debería ser entendida como “una experiencia que emerge y se origina precisamente por la posibilidad y capacidad que tienen los seres humanos de

valorar, dar significado a sus acciones y tratar de afirmar o preservar aquello que consideran importantes en sus vidas”. (May 1990^a, 1996; De Castro, 2005^a, 2005b).

Cuando se hace referencia a la experiencia de ansiedad, nos ubicamos en los síntomas físicos que se pueden experimentar, sin embargo, se debe centrar desde esta perspectiva, en lo que produce dicha experiencia, haciendo referencia al valor que se ve amenazado para la persona en su situación particular.

La ansiedad implica la valoración del ser humano ante la propia experiencia, cada individuo percibe y vivencia de manera distinta conforme a las estructuras de valores que posea. Sentir ansiedad es completamente válido, lo realmente importante, es como como asumimos dicha experiencia y de qué forma la enfrentamos, ya sea constructiva o destructivamente, a partir de la comprensión de las necesidades afectivas del paciente en relación con su experiencia de valoración. De Castro, García y Gonzales (2017).

Mencionado lo anterior, en toda situación el individuo está valorando y dándole significado a lo que considera importante para su vida, más aún si eso que decide afirmar está siendo amenazado en algún momento.

Entonces, el ser humano tiene la capacidad de clarificar mediante las decisiones presentes en su vida cotidiana, de qué manera asume dicha experiencia de ansiedad, que como fue mencionada anteriormente puede ser vivenciada de modo constructivo, es decir, cuando estamos de frente a nuestra experiencia de ansiedad, clarificando su significado, podemos afirmar los valores que producen una sensación de bienestar. De Castro (2005^a).

De Castro, García y Gonzales (2017) expresan que constantemente estamos afirmando los valores que queremos preservar y mediante la experiencia de ansiedad, al

asumirla constructivamente, primero debemos identificar dicha situación que la genere y las sensaciones y emociones que trae consigo, seguido a clarificar los valores que deseemos afirmar y mantener y que vemos amenazado ante dicha situación particular para captar y comprender la experiencia en su totalidad permitiendo vivirla sanamente en relación consigo mismo y el otro, y obteniendo como ganancia el crecimiento personal del individuo y ayudando a resignificar o a preservar lo que para mí es significativo, esto nos lleva a asumir la ansiedad de manera constructiva.

De castro (2005) refiere que “cuando el ser humano no es capaz de preservar o afirmar aquello que es significativo para ellos, de desarrollar sus proyectos concretos de vida y alcanzar sus metas particulares, la experiencia de ansiedad no es constructiva”.

Es decir, que asumen la experiencia de modo destructivo, ya que cierran todas sus posibilidades de ser, sienten que sus decisiones en relación a su proyecto de vida esta truncado y/o amenazado, llevándolo a tener sentimientos de insignificancia, inutilidad, sentimientos de vacío y a cambiar el concepto que tienen de sí mismos, llevándolo a vivenciar la ansiedad de modo negativo. Lo cual evita que el individuo clarifique sus deseos y valores permitiendo que la experiencia de ansiedad siempre sea manejada de forma no saludable y produciendo mayor ansiedad ante la situación, centrándose en el síntoma y no en lo que realmente origina la amenaza de sus valores.

Como bien menciona Kierkegaard, “la ansiedad es tal vez nuestro mejor maestro, debido a que es una señal que siempre nos muestra aquello que tenemos que resolver y/o confrontar”. Citado por De Castro, García y González (2017)

Depresión

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la Depresión aparece como una de las enfermedades que más causa problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según los estudios más de 300 millones de personas padecen esta enfermedad, y un incremento del 18% entre 2005 y 2015 afirma la OMS.

Siendo una enfermedad de salud mental que afecta la capacidad en el trabajo y en las diferentes esferas de la vida de un ser humano, requiere de atención si sus síntomas predominan más en lo afectivo durante un tiempo de 2 semanas o más. Según la OMS, estas características presentadas posteriormente se presentan en una persona depresiva y debe cumplir 5 síntomas mínimo:

Estado de ánimo deprimido.

Disminución del placer o interés en cualquier actividad.

Aumento o disminución de peso/apetito

Insomnio o hipersomnia.

Agitación o enlentecimiento psicomotor.

Fatiga o pérdida de energía.

Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.

Problemas de concentración o toma de decisiones.

Afirma el autor Riemann que unas de las características principales del depresivo es “la angustia de soledad, con sus distintas modalidades de angustia: por aislamiento, separación, desamparo, abandono”.

Basado en lo expuesto por el autor para la personalidad depresiva su “actitud de dependencia” le aporta seguridad y tranquilidad porque evita que la persona se sienta sola y la única ganancia que siente es no sentirse abandonado.

Es por esto que el depresivo al sentirse próximo a alguien le brinda seguridad y una “aparente estabilidad” momentánea mientras siente que el otro está ahí. Muchas veces en terapia las personalidades depresivas muestran cierto grado de dependencia hacia el terapeuta por el miedo a quedar “abandonados, solos” y en cada sección reafirman las próximas consultas.

Para el depresivo “diferenciarse”, pensar o sentir de modo diferente al otro puede constelar angustia de soledad, ya que la vivencia como alejamiento o alineación. Por ello, procura eliminar cuanto le distingue del otro”.

PREGUNTAS GUÍAS

¿De qué forma los prejuicios del terapeuta pueden afectar la comprensión de la experiencia del paciente?

¿Considera que los saberes del terapeuta son usados adecuadamente en la relación con el consultante?

¿De qué forma el terapeuta conoce y respeta o no el ritmo del paciente en las intervenciones?

¿Las intervenciones de la terapeuta fueron adecuadas durante la terapia?

¿Se logró trabajar el aquí y ahora haciendo presencia intrapersonal e interpersonal con la paciente durante el proceso psicoterapéutico?

ANÁLISIS DEL CASO

A continuación, se presentará el análisis de las sesiones realizadas por una psicoterapeuta basada en el enfoque Humanista Existencial, con el fin de analizar y comprender los conceptos expuestos anteriormente en el marco teórico (saberes del terapeuta, presencia, aquí y ahora, proceso vs contenido). Se podrá evidenciar en las sesiones los aciertos y desaciertos que la terapeuta tuvo durante el proceso terapéutico con su paciente.

Ansiedad

“La ansiedad es una experiencia que siempre ocurre en relación con el individuo con las situaciones, objetos y personas que constituyen el mundo con el cual la persona se relaciona”.

Citado por Castro, García y Gonzales (2017).

Al experimentar la experiencia de ansiedad, que puede ir desde lo físico hasta lo emocional, nos estamos enfrentando al acto de valorar ese algo que vemos comprometido o amenazado en nuestra vida, y lo cual llega a ser subjetivo para el que lo vivencia. La ansiedad debería ser entendida como “una experiencia que emerge y se origina precisamente por la posibilidad y capacidad que tienen los seres humanos de valorar, dar significado a sus acciones y tratar de afirmar o preservar aquello que consideran importantes en sus vidas”. (May 1990^a, 1996; De Castro, 2005^a, 2005b).

Dicha experiencia de ansiedad se presenta en situaciones donde la persona, vio amenazado y/o comprometido un valor, es decir, algo que es significativo para ella desde su propia experiencia, evidenciándolo en la relación terapéutica como en el caso presentado posteriormente. Se puede identificar que el valor que tenía la psicóloga era mostrarse como

una “buena terapeuta” y saber cómo se sentía su paciente allí con ella, aun a pesar de la ansiedad que le generaba el afán y el silencio en terapia.

Sesión 1

T: háblame de ese dolor que sientes...

P: la verdad no se siento rabia, tristeza, de todo y...mmm, siento culpa porque me deje a todo eso.

T: Que es todo eso, D.C. cuéntame

P: ¡ay! Todo eso que le conto mi papá, todo lo que “él” me hizo

La paciente hace una pausa y sus ojos se nublaron con ganas de llorar

T: inténtalo, que sientes.

P: hoy no quiero hablar de eso. (Pausa). Por favor.

Es claro que el afán de la terapeuta por saber cómo se sentía la paciente y que expresara en consulta que pasaba en el mundo interno de ella, era más su afán de tener respuestas y avances en la 1 sesión, que le proporcionaran la seguridad de que estaba haciendo bien su labor de guía y compañera del camino de D.C. pero a veces en el propio afán, nos olvidamos de las verdaderas necesidades de nuestros pacientes.

Como se puede evidenciar anteriormente, el “afán” que refiere la terapeuta muestra claramente la ansiedad que la invadía en ese instante, y que de algún modo no aceptó, sino que, por el contrario, trato de evitarla como si no estuviera presente, lo cual hacía que sintiera aun mayor ansiedad para que D.C. hablara. Así mismo, queda claro que la terapeuta durante el proceso de aquí y ahora, no acogió a su paciente, ni captó su necesidad afectiva.

Romero (2003) menciona que el saber “acoger” es convidar al otro para que sea el mismo, sintiéndose a gusto con nuestra presencia. En los gestos, en la mirada, en los movimientos, en las palabras expresamos esa invitación”.

En la sesión se muestra claramente que la paciente mostraba dificultad e incomodidad al hablar del tema, punto que la terapeuta no captó en ese instante, por estar preocupada bajo sus necesidades y afán. La expresión corporal y facial de D.C. mostraba claramente que no deseaba hablar del tema porque le costaba trabajo y aun así la terapeuta no fue acogedora durante su presencia.

Otro de los saberes que tampoco fueron aplicados durante la sesión anteriormente mencionada fue ser empática, refiriéndonos al concepto que implica colocarse en el lugar del otro, captando así el movimiento de su afecto. Si no logro colocarme en el lugar del otro no ahí empatía. Romero (2003).

Como menciona el autor, la terapeuta notoriamente no se colocó en el lugar de su paciente, no pensó, ni sintió como se sentiría ella en ese instante, pues no logro captar sus sentimientos y/ o emociones que estaba mostrando allí, hacia su experiencia de abuso, es decir, la terapeuta no atendió su experiencia presente en la relación con ella.

Sesión 2

T: Hola D.C. ¿cómo estás? ¿Cómo estuvo tu semana?

P: hola doctora, pues normal... (Se queda callada)

T: al paso de unos minutos la terapeuta interrumpe el silencio incomodo... y le pregunta... cuéntame D.C. ¿qué es normal?, ¿dime cómo te sientes ahora?

Como se puede ver en la sesión 2 la ansiedad e inseguridad de la terapeuta se evidencia en el momento que no permite el silencio en la consulta:

P: usted sabe lo que me paso, no entiendo porque me paso a mí. A veces siento que tuve la culpa, no dije nada. (Silencio)

Cuando me corto y veo sangre y quiero más...no sé, es raro, antes lo hacía por hacerlo, ni sabía por qué y ahora lo hago más constantemente.

T: la terapeuta espera unos segundos que la paciente continúe expresando lo que siente, sin embargo, mientras eso pasaba, la paciente observaba impaciente esperando algún tipo de respuesta o comentario por parte de la terapeuta.

En ese momento la terapeuta se sintió ansiosa sin saber que decir...minutos siguientes tras el silencio decidió preguntar.

T: Y cuéntame cómo va el colegio y las materias que tienes con baja nota, aun tienes oportunidad de recuperarlas.

Como se puede evidenciar en las sesiones mencionadas, la ansiedad de la terapeuta no permitía que ella se conectara a la experiencia de su paciente, sino, que por el contrario la sacara de la misma. Se logra captar como la ansiedad e inseguridad de la terapeuta al no saber qué decir, hacen que inmediatamente saque a la paciente de su experiencia cambiando el tema por completo y siendo este mero contenido.

Al continuar las siguientes sesiones, la terapeuta logra captar como el silencio en la terapia, siempre resulto algo incómodo y difícil de manejar para ella, y quizás no solo ocurría

en la relación terapéutica sino también fuera de esta, logrando identificar que era algo suyo y no de la paciente.

Como mencionan los autores la ansiedad puede ser manejada de acuerdo a la clarificación que se tenga de los valores personales y la manera de vivenciar y valorar dicha experiencia, ya sea de forma constructiva o de forma destructiva. Al inicio de las sesiones la terapeuta evitaba y peleaba con dicha experiencia de ansiedad, negándola porque era su recurso para no afrontarla, sin embargo, a medida que lo hacía más aparecía en determinados momentos donde estaba presente el silencio, o sentía el “afán” por tener respuestas de la paciente, amenazando su valor de ejercer bien el rol de terapeuta y de sentir seguridad.

En algunas situaciones la terapeuta se cuestionaba sobre su profesión e incluso cada vez sentía más miedo e inseguridad. A la mitad o un poco más de las sesiones, la terapeuta empezó a darse cuenta de dicha amenaza, y se permitió sentir ansiedad y angustia durante la terapia, lo cual permitió afrontarla de manera constructiva para su crecimiento personal y profesional.

Como bien menciona Kierkegaard, “la ansiedad es tal vez nuestro mejor maestro, debido a que es una señal que siempre nos muestra aquello que tenemos que resolver y/o confrontar”. Citado por De Castro, García y González (2017)

Como mencionó en algunas líneas de este trabajo, somos seres humanos y sentir ansiedad es como un estado normal que está presente en situaciones particulares de nuestras vidas, lo que nos permite siempre estar poniéndonos de frente a nuestros valores, que son aquellos que son significativos y buscamos siempre preservar. Al mismo tiempo que dicha

experiencia de ansiedad nos mantiene alerta cuando algo pueda afectar nuestras decisiones o proyecto de vida

Saberes del terapeuta

Aplicar los saberes dentro de la relación terapéutica no es tarea fácil, muchas veces nos dejamos llevar por nuestras ansiedades, miedos, inseguridades e incluso en la misma búsqueda de ser “buenos terapeuta” dejamos de ver las necesidades del paciente y nos centramos en nuestros propios afanes.

Por medio de las sesiones que serán presentadas a continuación, se podrá evidenciar los errores de la terapeuta por su afán de tener respuestas y calmar la ansiedad que sentía durante la relación con su paciente, donde puede verse como no acogió, empatizó y escucho adecuadamente en algunas sesiones, llevándola en algunos momentos a perderse del proceso experiencial del otro.

Sesión 1

T: hálame de ese dolor que sientes...

P: la verdad no se siento rabia, tristeza, de todo y...mmm, siento culpa porque me deje a todo eso.

T: Que es todo eso, D.C. cuéntame

P: ¡ay! Todo eso que le conto mi papá, todo lo que “él” me hizo

La paciente hace una pausa y sus ojos se nublaron con ganas de llorar

T: inténtalo, que sientes.

P: hoy no quiero hablar de eso. (Pausa). Por favor.

En esta sesión la terapeuta no solo mostro su afán por saber cómo se sentía su paciente, sino que no la acogió, su postura, sus palabras indicaban que era muy pronto para insistir en que hablara y olvido lo que ella estaba necesitando en ese momento.

Como menciona Romero (2003) saber acoger no significa buena educación, ser educado y ameno con el otro, acoger significa “convidar al otro, para que sea el mismo, sintiéndose a gusto con nuestra presencia. En los gestos, la mirada, los movimientos, las palabras, expresamos es esta invitación”.

Referente a como lo menciona Romero, dentro de ese acoger implica proporcionarle al paciente un espacio seguro para que sienta confianza y seguridad de poder mostrarse tal y como es, y que el paciente se sienta a gusto dentro de ese espacio con la terapeuta.

Sesión 8

T: Hola D.C. noto que te pasa algo, entraste muy callada el día de hoy.

T: cuéntame porque te sientes así...

P: no es nada importante solo que no me siento bien, ¡me duele la cabeza!

T: es eso o hay algo más, no sé si me equivoco, pero, siento que ¿no deseas estar aquí, te siento algo apática?

P: ¡no es nada con usted!...

En esta sesión la terapeuta no fue acogedora ni empática con la paciente y toma sus propias conclusiones expresándoselas de manera muy directa. El acoger implica no estar predispuesto sin importar la situación presente, estar abierto a lo que trae el otro, en ese caso la terapeuta debió indagar más sobre su estado de ánimo que de algún modo juzgar, o encasillar lo que percibía de la paciente.

Cuando mostramos una actitud de apertura hacia el otro de algún modo el paciente se siente aceptado y esto permite que se abra hacia su experiencia en la relación terapéutica, pero también se logra cuando ese vínculo está edificado. Una vez el paciente siente esa comprensión y aceptación por parte del terapeuta, se da lugar al segundo saber que es la empatía.

T: Hola D.C. como estas, cuéntame ¿qué te sucede?

P: Nada, todo normal

T: ya hemos hablado de ese estado “normal”, ¿qué quieres decir con normal?

P: silencio

T: la terapeuta espera varios minutos, pero la paciente no decía nada, se recostó entre sus piernas y se tapó la cara. La terapeuta insiste nuevamente.

Siento que estas cargada ¿qué sientes ahora?

P: nuevamente en silencio...

T: reiteradamente la terapeuta espera unos minutos, y el silencio la hace sentir incomoda, la actitud de la paciente, su posición corporal, la llenan de ansiedad pensando que debe hacer, incluso algo molesta.

Romero (2003) expresa que la empatía es “situarse en el lugar del otro, captando así el movimiento de su afecto. Sino logro colocarme en el lugar del otro no hay empatía”.

Pero para captar los movimientos afectivos del otro, primero debo captar los míos, y aquí se muestra claramente que el silencio incomodo al que refiere la terapeuta en sesión, se refería a algo de ella y no de su paciente.

Como bien menciona el autor sentir empatía es “ponernos en los zapatos del otro”, para poder captar como siente y vivencia su experiencia, es evidente en la sesión que a pesar de ver a la paciente como le mostraba a la terapeuta por medio de su expresión, su lenguaje corporal, la terapeuta no se detuvo a pensar cómo se sentía realmente ella, y la T no logro captar el sufrimiento que ella le mostraba.

Cuando el paciente logra sentir y captar que es comprendido, y entendido, que no es juzgado por el terapeuta, es justo en ese momento que empieza a lograrse la empatía y el terapeuta logra captar el que, como y para que de su experiencia. Es básicamente como expresa Romero que lo que mejor traduce este saber, es el acompañamiento en el movimiento de sus afectos, una vez se logre podremos abrirnos a comprender la experiencia del otro.

Algo que le pareció pertinente mostrar a la terapeuta en la sesión 12, es que la sesión inicio de manera distinta, pienso que fue la primera vez que la terapeuta no sintió ansiedad y dejo que la sesión se diera de modo natural, sin ansiedades y afán.

Sesión 12

T: ¿Hola D.C. como estas hoy?

P: pues normal...(silencio)

Le cuento que estoy molesta con mi mamá porque no me quiere dejar salir, porque le dijeron que me fue mal en el colegio, siempre es lo mismo y ella no sabe hablar, ni me cree nada, todo es gritando.

T: la paciente empieza a contar sobre su rendimiento académico, enfatiza en que ella hace su mejor esfuerzo porque va donde Paola su profesora de refuerzos por las tardes. (Contenido)

Aunque era mero contiendo lo que expresa la paciente era la primera vez que relataba como se sentía y lo que había pasado en su semana. La terapeuta logro darse cuenta con esto, que durante sus sesiones siempre iniciaba colocando un tema quizás por tener un tema inicial y que el silencio no fuera protagonista de la sesión.

Otro de los saberes importantes que menciona Romero (2003): es el saber escuchar significa “dejar que el otro se exprese colocándose en una actitud de receptividad cordial, significa también saber omitirse, para no interferir en la libre fluencia de la otra persona”.

Como terapeutas esto no resulta una tarea fácil, muchas veces cuesta permanecer en silencio escuchando atento al paciente ya sea por el ruido interno que a veces aparece, las hipótesis que creamos en nuestra cabeza o simplemente porque queremos refutar u opinar acerca de lo que el paciente menciona y queremos mostrárselo.

Sesión 8

T: permítete sentirlo aquí, no guardes esa rabia. En ocasiones me doy cuenta que te cuesta expresar tus emociones y lo que estas sintiendo. Se vale sentirse así a veces...

P: pues sí, no me gusta demostrar, ni que nadie sepa lo que siento. De igual mi mamá ya me dejo salir en la noche a clases de zumba con mi tía, entonces no se ni para que me castiga, si igual me dejo salir.

T: bueno a veces no te entiendo, te he oído decir que tu mamá es muy dura y te castiga y ahora que te “quita” el castigo tu actitud hacia ella me confunde...

En esta sesión la terapeuta no escucha, ni capta el momento donde la paciente refiere que le cuesta demostrar lo que siente, la terapeuta omite y se queda con mero contenido, sacado a la paciente de su experiencia; simplemente se dispuso a “oír información”.

Max Nolden expresa que “aprende a oír y llegaras a percibir hasta el movimiento de la tierra en su peregrinación cósmica; sobretodo aprende a escuchar, que así aprenderás no solo el pensamiento de tu interlocutor sino lo que subyace oculto detrás de ese pensamiento.” Cita por Romero (2003).

Aprender escuchar atentamente resulta difícil, especialmente cuando no estamos atentos a captar en silencio eso que el paciente quiere mostrar, y que en ocasiones no lo hace de forma explícita. Basado en Romero, estar en silencio no hace referencia a no emitir palabra sino dejar que el ruido que está presente en la mente no afecte ni contamine la experiencia del otro en relación conmigo.

En la sesión 10 se puede evidenciar el ruido presente por las ideas o hipótesis creadas por la terapeuta, y como la paciente expresa que no desea hablar, mientras la terapeuta no escucha, ni acoge a la paciente e insiste en que expresé algo.

T: reiteradamente la terapeuta espera unos minutos, y el silencio la hace sentir incomoda, la actitud de la paciente, su posición corporal, la llenan de ansiedad pensando que debe hacer, incluso algo molesta.

La terapeuta luego de insistir un par de veces para que la paciente expresara algo y aun a pesar de que ella mencionara explícitamente que no quería decir nada... ella insiste una última vez.

T: percibo que algo te pasa quizás... ¿te sientes triste, angustiada, molesta o?

P: ¡de todo un poco, me da rabia tanta cantaleta y que mi mamá todo es gritando... no quiero hablar!

T: la terapeuta en ese momento sintió angustia quedaban unos minutos de sesión... sería válido respetar su silencio y su deseo de no hablar y dar por terminada la sesión.

En ese momento la terapeuta sintió incomodidad, ansiedad y hasta rabia porque la paciente no quiso decir nada, también su actitud en consulta le pareció irrespetuosa.

La terapeuta luego de leer la sesión capta que no se dispuso a comprender la experiencia de su paciente, sino que paso por alto sus expresiones y sus deseos, que solo se dedicó a oír.

Relación terapéutica

La relación terapéutica debe darse en el encuentro de un espacio honesto, genuino, acogedor, donde ambas partes cooperan para trabajar por un propósito. Donde el terapeuta es el guía y compañero del proceso y el coagente es el agente activo de su cura.

La tarea del terapeuta es de acompañar a su paciente y mediante este viaje lograr captar como vivencia su mundo en relación con él. Como menciona De Castro, García y González (2017) “participar en el campo experiencial del paciente, se refiere a captar, comprender la forma en que este se vivencia y conoce a si mismo dentro de la relación terapéutica”.

Cuando hacemos referencia a la relación terapéutica, no es un concepto fácil de explicar, debido a lo complejo de describirlo. Es un intercambio afectivo que se da entre terapeuta-paciente, donde ambas partes trabajan para construir dicha relación. Donde supone que debe primar la honestidad, confianza y afecto hacia el otro.

Al inicio de las sesiones la terapeuta sintió gran afinidad con su paciente, a pesar de no ser tan expresiva en algunas sesiones, siempre expreso sentirse a gusto y en confianza con la terapeuta, expresaba que nunca se había sentido así con una psicóloga (pues ella veía como a 3 por el ICBF). Relataba que era la única que le contaba de sus situaciones o sucesos de su vida, cosas personales y en cierta forma, la terapeuta se confió y siento gran simpatía con la paciente.

El espacio terapéutico es un micro mundo, por decirlo de alguna forma, donde el paciente se relaciona, y vivencia de la misma forma fuera de sesión, es decir, en su entorno, es dicha relación la que nos muestra también cómo son sus relaciones sociales y las dificultades que esta posee. En esta paciente fue claro evidenciar como le cuesta relacionarse y confiar después de su experiencia negativa por el abuso, también es evidente la dificultad que tiene para expresar cómo se siente.

Su papá mencionaba que D.C. rara vez expresa como siente, pues lo único que dice es “normal” o con gestos un bien o un mal.

Martínez (2010): “El mundo interpersonal co-creado entre terapeuta y paciente es un punto focal para el tratamiento. Dentro de esta relación se revela el mundo-vivido e intencional del cliente. Todos los problemas del mundo vivido fuera de la psicoterapia

pueden encontrarse también dentro de las paredes del consultorio terapéutico. El cliente no puede hacer nada más que traerse completamente a sí mismo a la relación terapéutica.” (p.32)

Sesión 2

T: Hola D.C. ¿cómo estás? ¿Cómo estuvo tu semana?

P: hola doctora, pues normal... (Se queda callada)

Sesión

T: Hola D.C. como estas, cuéntame ¿qué te sucede?

P: Nada, todo normal

T: ya hemos hablado de ese estado “normal”, ¿qué quieres decir con normal?

P: silencio

Sesión 8

En esta sesión, es notable como está formada la relación terapéutica ya que muestra las dos partes importantes de dicha relación (terapeuta-paciente), dentro de un mismo espacio, donde el terapeuta es el guía que va mostrándole las dificultades captadas en su paciente a la luz de la relación presente.

T: permítete sentirlo aquí, no guardes esa rabia. En ocasiones me doy cuenta que te cuesta expresar tus emociones y lo que estas sintiendo. Se vale sentirse así a veces...

P: pues sí, no me gusta demostrar, ni que nadie sepa lo que siento

En varias sesiones la terapeuta intento que fuera más descriptivo en su estado de ánimo en lo que ella casi siempre respondió lo mismo, le costaba trabajo abrirse a su experiencia. Seguido a varias sesiones la paciente casi no deseaba hablar, y la terapeuta sintió que la relación se estaba volviendo más distante y que la afinidad y simpatía que sentía la paciente ya no era así, sin embargo, la terapeuta no le devolvió lo que sentía ella sino lo que notaba en sus actitudes. ¿Por lo cual hace falta que la terapeuta indague como se siente allí con ella?

Como menciona Yalom (2000) la relación terapéutica va de modo horizontal, porque ambos van por el mismo camino buscando comprender la experiencia, el terapeuta como guía y compañero de ese viaje.

Para la terapeuta la relación con su paciente tanto a nivel personal como profesional ha sido de gran aprendizaje y experiencia, ya que es de los primeros casos que atiende como psicoterapeuta, y ha logrado captar luego de detallar y describir las sesiones los aciertos y desaciertos que ha tenido a lo largo del proceso con la paciente, al mismo tiempo ha sido un trabajo enriquecedor y confrontador, por el hecho de que se cuestiona la manera en cómo se relaciona con ella, en pensar si ha sido la suficientemente acogedora y empática, si realmente ha logrado captar su necesidad afectiva y si he estado presente a lo largo del proceso.

A veces pensamos que siempre “estamos presentes” y en disposición para el otro; pero realmente no es así, y no es tarea fácil. No siempre estamos en la disposición de estar

para el paciente y captar y comprender la experiencia del mismo, quizás por los propios afanes, o situaciones presentes en la vida del ser humano.

De Castro y García (2014) refieren que: “si el terapeuta sólo pretende observar desde afuera del campo experiencial del paciente, sólo terminará atendiendo a sus propios prejuicios teóricos, ya que estará desligado de la vivencia inmediata e intencionalidad del paciente, y, por consiguiente, no podrá captar su mundo y se apartará del sentido de su experiencia”. (p.207)

No resulta fácil, pero cuando logramos adentrarnos a la experiencia del otro, captar y comprender su experiencia dentro de la relación terapéutica, genuina, espontanea, y afectiva habremos captado el sentido de su experiencia. Lo importante, es que es un camino largo, lleno de variables momentos y emociones, donde vamos conociendo más de nosotros mismos y de ellos, pero es fundamental el autoconocimiento de si, para lograr captar lo que le pertenece al paciente y lo que es del terapeuta en la relación terapéutica.

Presencia, aquí y ahora

Es claro que es un concepto que debe estar presente en todo proceso psicoterapéutico con el paciente, sin embargo, el estar presente aquí y ahora, implica mucho del terapeuta. Al leer las sesiones detenidamente se puede captar y observar, que la terapeuta debido a sus ansiedades, afanes e inseguridad cometió errores que no le permitieron captar las necesidades afectivas del paciente, e incluso estar allí.

Como bien menciona De Casto, García y Gonzales (2017) la presencia “es la que permite comprender y sentir, en lo posible, la experiencia de ser de otra persona”.

En ocasiones, nuestros pacientes buscan ser escuchados, comprendidos, pero sobretodo aceptado, y es aquí en ese encuentro, donde se puede proporcionar ese espacio único y valioso donde pueden ser ellos mismos y donde puedan ser capaces de desarrollar y potencializar todas sus capacidades, preparados para enfrentar su mundo. Sin embargo, si el terapeuta no es capaz de captar y comprender como se relación aquí conmigo no lograra estar presente para captar el movimiento afectivo de este.

Presencia intrapersonal

Sesión 6

P: Buenas Doctora

T: Hola D.C. como estas, ¿cómo te sientes el día de hoy?

P: Normal...

T: ¿Qué es normal? Cambiemos esa palabra “normal” y trata de describirme tú ¿cómo te sientes?

P: es que es normal, ósea ni bien ni mal...

Bueno, me siento un poco triste porque usted sabe que perdí el año y en el colegio donde fui a hacer los exámenes no me aceptaron, yo sentía que me había ido súper bien y nada.

T: entiendo cómo te sientes...

Esta sesión se desarrolla bajo el concepto de presencia intrapersonal que hace referencia a lograr captar la experiencia inmediata del paciente y redirigir lo que está mostrando en el aquí y ahora. Es decir, hacerle ver lo que está pasando ahí conmigo.

P: se queda callada, y sus ojos empiezan a humedecer.

T: D.C. cuéntame que sientes en este momento... su postura corporal cambio, salía una lagrima de sus ojos y su rostro empezó a reflejar una gran tristeza o por lo menos eso percibió la terapeuta.

P: ¡no se! me siento muy triste, a veces siento muchas ganas de llorar como ahora, se me vienen recuerdos que me hacen daño y me atormentan todo el tiempo.
(llora)

En ese relato de la sesión la terapeuta hace referencia nuevamente al concepto de presencia intrapersonal, mostrándole a ella la dificultad para reconocer sus emociones ahí en consulta, como probablemente le cueste fuera de en sus relaciones, seguido a la intervención la paciente acepta que, si es cierto, validando su opinión. La intención de la terapeuta es que la paciente lo identifique y se conecte con dicho sentir.

P: ¡no es nada con usted! Lo que pasa es que estoy castigada según mi mamá por mi mal comportamiento y eso me da rabia, y ahorita discutí con ella.

T: permítete sentirlo aquí, no guardes esa rabia. En ocasiones me doy cuenta que te cuesta expresar tus emociones y lo que estas sintiendo. Se vale sentirse así a veces...

P: pues sí, es cierto doc. No me gusta demostrar, ni que nadie sepa lo que siento, me cuesta...

En esta sesión la terapeuta apunta a atender el proceso de la paciente, sin embargo, la terapeuta decide ofrecer lo que siente de su apatía al estar ahí con ella. Aunque le pregunta no fue formulada de la manera correcta, ya que le agregaba contenido a la experiencia de la misma, ella logra captar y devolver, considerando importante mostrárselo a su paciente.

Sesión 8

T: cuéntame porque te sientes así...

P: no es nada importante solo que no me siento bien, ¡me duele la cabeza!

T: es eso o hay algo más, no sé si me equivoco, pero, siento que ¿no deseas estar aquí, te siento algo apática?

La terapeuta sintió alivio, liberación al expresar la molestia o el sentir que le producía su expresión en ese momento, sin embargo, habla de lo que hace el paciente con ella y no realmente como sentía la terapeuta con eso que percibía en el aquí y ahora.

Presencia interpersonal

En la sesión 12 la paciente refiere llegar molesta porque discutió en la mama y está castigada, luego de expresar lo que sucedía:

P: se queda callada, y sus ojos empiezan a humedecer.

T: D.C. cuéntame que sientes en este momento... su postura corporal cambio, salía una lagrima de sus ojos y su rostro empezó a reflejar una gran tristeza o por lo menos eso percibió la terapeuta.

P: ¡no se!... a veces siento muchas ganas de llorar como ahora, se me vienen recuerdos que me hacen daño y me atormentan todo el tiempo. (llora)

En ese momento la terapeuta percibe que algo siente la paciente, porque sus movimientos y expresiones lo demostraban en ese instante y decide atender lo que esta vivenciado ahí con ella y se lo muestra. La presencia intrapersonal lleva a centrarse en el aquí y ahora del proceso experiencial, atender lo que la paciente esta vivenciado allí con la terapeuta.

Proceso vs contenido

El proceso psicoterapéutico trabajado en el aquí y ahora tiene dos maneras de ser abordado, ya sea desde el contenido o desde el proceso. Cuando se habla de contenido hace referencia a las meras palabras, ideas que se expresan en consulta, mientras que el concepto de proceso por su lado, apunta, a lo que se da dentro de la relación con lo que dice y siente el paciente en la interacción con el terapeuta, es decir, apunta directamente a la vivencia del paciente con el otro, en este caso con el terapeuta.

T: ¿Hola D.C. como estas hoy?

P: pues normal... (Silencio)

Le cuento que estoy molesta con mi mamá porque no me quiere dejar salir, porque le dijeron que me fue mal en el colegio, siempre es lo mismo y ella no sabe hablar, ni me cree nada, todo es gritando.

T: la paciente empieza a contar sobre su rendimiento académico, enfatiza en que ella hace su mejor esfuerzo porque va donde Paola su profesora de refuerzos por las tardes. (Contenido)

En la sesión 12 se puede evidenciar, que la paciente coloca un tema y lo hace espontáneamente, en comparación a sesiones anteriores que siempre esperaba que la terapeuta iniciara la sesión con algún comentario o preguntas como de costumbre. Sin embargo, lo que la terapeuta desea evidenciar en el relato de la paciente es que único y mero contenido. (Relatos)

Sesión 2

T: Hola D.C. ¿cómo estás? ¿Cómo estuvo tu semana?

P: hola doctora, pues normal... (Se queda callada)

T: al paso de unos minutos la terapeuta interrumpe el silencio incomodo... y le pregunta... cuéntame D.C. ¿qué es normal?, ¿dime cómo te sientes ahora?

P: empezó contando sucesos de su semana, con voz apagada, ni expresión en su cara. (Contenido)

T: noto que esta triste, cuéntame que sientes...

P: esta semana me he sentido igual que siempre, triste.

En esta sesión la terapeuta apunta al proceso experiencial de la paciente, situándola en que percibe en la sesión. Normalmente D.C. siempre llegaba a consulta expresando que se sentía bien, o que estaba normal, la terapeuta al captar esto le pedía que describiera ese sentir, y en algunas sesiones se mostraba triste, o molesta y ella le devolvía, tratando de hablar de eso que estaba sintiendo con ella.

Es esencial que, al apuntar al proceso experiencial del paciente, el terapeuta haga presencia, en este caso, la terapeuta atiende a la experiencia inmediata de tristeza y vacío que muestra la paciente, redirigiéndola para que la vivencie allí con ella en el encuentro (presencia intrapersonal). También se puede evidenciar el uso de los saberes dentro de la relación (saber acoger, saber empatizar y saber escuchar), invitando a la paciente espontáneamente a ser ella misma en la relación con la terapeuta.

Sesión 8

En esta sesión la paciente entra al consultorio con una actitud indiferente, poco cordial, no menciona ni una palabra al entrar por lo cual la terapeuta le pregunta

T: cuéntame porque te sientes así...

P: no es nada importante, solo que no me siento bien, ¡me duele la cabeza!

T: es eso o hay algo más, no sé si me equivoco, pero, siento que ¿no deseas estar aquí, te siento algo apática?

P: ¡no es nada con usted! Lo que pasa es que estoy castigada según mi mamá por mi mal comportamiento y eso me da rabia, y ahorita discutí con ella.

T: permítete sentirlo aquí, no guardes esa rabia. En ocasiones me doy cuenta que te cuesta expresar tus emociones y lo que estas sintiendo. Se vale sentirse así a veces...

Hasta este momento de la sesión la terapeuta, aun a pesar de su molestia y ansiedad por saber porque la paciente traía esa actitud, trataba de atender el proceso sin que sus juicios y pensamientos interfirieran, sin embargo, tras una pregunta poco pertinente, y centrándose

en el contenido, que en realidad no importaba en ese momento, saca de la experiencia a la paciente. La terapeuta debió indagar y mostrarle la dificultad de expresarse ahí con ella.

Además de no utilizar adecuadamente el saber de acoger según Romero, ya que la terapeuta con su pregunta mal empleada, no permitió que la paciente elaborara en el aquí y ahora su sentimiento de rabia y/o tristeza. En el acoger “invitamos al paciente para que también se acoja.”

P: pues sí, no me gusta demostrar, ni que nadie sepa lo que siento. De igual mi mamá ya me dejó salir en la noche a clases de zumba con mi tía, entonces no se ni para que me castiga, si igual me dejó salir.

T: bueno a veces no te entiendo, te he oído decir que tu mamá es muy dura y te castiga y ahora que te “quita” el castigo tu actitud hacia ella me confunde...

Durante el proceso con la paciente, se apuntó a vivenciar lo que estaba sintiendo en el aquí y ahora dentro de la relación, sin embargo, la terapeuta por afán e inseguridades de ella, saca a la paciente de su experiencia, y donde puede verse claramente que no supo atender a lo que la paciente mostraba en ese momento, cambiando por completo con su pregunta llena de mero contenido.

Como menciona Romero “quien no está abierto para el otro, permaneciendo encogido en su capsula egoica, no acoge el incitante llamado del mundo ni puede invitar a quien se aproxime a su lar interior”.

Cuando no estamos en disposición al otro, haciendo preguntas poco pertinentes, mostrando que no se logró captar el movimiento afectivo del consultante, se comete el error de perderse de la experiencia inmediata de este.

Para atender el proceso incluso el contenido del paciente, me parece importante tener presentes los saberes del terapeuta para cualquier relación, ya que al poseer el conocimiento y utilizarlo adecuadamente permite fortalecer el vínculo con el otro a tal punto que este se sienta aceptado, escuchado y comprendido, lo cual permite apertura de su experiencia en su totalidad.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El análisis de caso del presente trabajo resulto complicado y bastante confrontador para la terapeuta, ya que le permitió conocer más de sí misma a la luz de las intervenciones erróneas que realizaba con su paciente; poniéndola de frente a sus miedos, ansiedades, e inseguridades, que a la final se evidencia en la dificultad para captar la vivencia del otro en la relación consigo y su terapeuta.

Así mismo, permite darles un mayor valor a los “saberes” que todo terapeuta debe conocer y enfatizar en la relación, pues dichos saberes son mecanismos o herramientas con las que debe contar un terapeuta e incluso cualquier individuo, ya que permite conservar vínculos sanos y sólidos, al mismo tiempo, no permite que los juicios personales afecten dicha relación, si no por el contrario siempre en disposición y apertura hacia la comprensión de la experiencia del otro.

De esta forma, el presente trabajo ofrece como guía a los futuros profesionales e incluso a modo personal para trabajar y reforzar las debilidades como se pudo evidenciar en las intervenciones expuestas aquí. Considero que una de las recomendaciones que podría ofrecer desde mi corta experiencia es asistir a psicoterapia, ya que permite tener un mayor conocimiento de sí mismo, al mismo tiempo que permite identificar qué cosas son nuestras y que se presentan en la relación con el otro, y que otras pertenecen al paciente. Al obtener un mayor conocimiento de si, nos permitimos abrirnos a la experiencia del otro, captando sus necesidades afectivas y vivenciando su experiencia en relación con nosotros, abriéndonos a la construcción del cambio de ambas partes. (terapeuta-paciente)

Es evidente que la terapeuta en varias sesiones no respetó el ritmo y tiempo de su paciente, por el mismo afán de su ansiedad y de querer mostrar resultados más que a la paciente y para ella, era por la presión y el afán que sentían los padres de la menor, queriendo obtener respuestas y resultados inmediatos del proceso.

Luego de leer las sesiones, valoro y enfatizo en la importancia que tiene la relación. Bien dice Yalom (1984) la relación es lo que cura. Es la relación con el otro lo que permite ser nosotros mismos, y es aquí donde el terapeuta le abre ese espacio único, libre, honesto, sin prejuicios, haciéndonos vivir como seres auténticos, reales, sin máscaras dentro de este encuentro que permite vivenciar su existencia como real.

Es válido sentir miedo, ansiedad, cometer errores lo valioso y genuino es ofrecerlo al otro, permitiendo una relación honesta, participando de esta, y no observando fuera, porque si no se podrá captar el significado de sus acciones. Bien dice (May, 1974, p. 175) “no hay algo por el estilo de una verdad o una realidad, para el ser humano vivo, excepto en cuanto participa en ella, tiene conciencia de ella, y mantiene con ella alguna relación”.

BIBLIOGRAFÍA

Romero, E. (2003). Neo génesis: el desarrollo personal mediante la Psicoterapia. Sao Paulo: Editora Norte-Sur.

De Castro, A; García, G y González, R. (2017). *Psicología clínica: Fundamentos existenciales*. Barranquilla: Universidad del Norte editorial.

Yalom, I. (2011). Psicoterapia existencial.

May, Rollo. El dilema existencial del hombre moderno. Ed Paidós, Barcelona, 1978.

De Castro, A. y García, G. (2011) *Psicología clínica: Fundamentos existenciales* 2 edición, Barranquilla: Ediciones Uninorte.

Londra, J. (1978). La terapia como encuentro interpersonal. En *La psicoterapia de Carl R. Rogers* (pp. 179-208). España: Editorial Española Descree de Browser

Yalom, I. (2011) *El don de la terapia*.

De Castro, A. García, G., y González, R. (2017) *Psicología clínica: fundamentos existenciales* 3 edición. Barranquilla: Editorial universidad del Norte.

De Castro, A., García, G. (2008). *La psicopatología como máscara de la existencia*. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

Riemann, F., 1966a: Experiencias del análisis de personalidades esquizoides y depresivas, in: *Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología*, México (No. 2, 1966), pp. 29-49

Páginas web:

<http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>

Paredes, a. (2017). “De la relación al vínculo: lo que cura en psicoterapia”. Recuperado de

<http://cpllogoterapia.com/de-la-relacion-al-vinculo-lo-que-cura-en-psicoterapia/>. 12 mayo

2018 13:28:08 jet

ANEXOS

AUTORIZACIÓN ADICIONAL PARA ESTUDIOS CIENTÍFICOS

Mi hijo(a)/representado(a) y nosotros, en calidad de representantes legales, autorizamos que la información personal de nuestro del servicio de psicología sea eventualmente empleada en proyectos de investigaciones que abonen a los avances de ciencia, tecnología e innovación, en materia de salud mental, manteniendo el rigor de la confidencialidad para el uso y manipulación de los datos sensibles de mi hijo(a)/representado(a). Dejamos constancia de que entendemos nuestro derecho y el de mi hijo(a)/representado(a) a conocer el detalle todos los procedimientos, instrumentos de medición y actividades requeridas/procesadas en dichos estudios científicos.

Adicionalmente, consentimos que los resultados puedan ser publicados y entregados a la UNIERSIDAD DEL NORTE como requisito de producción final de la investigación, manteniendo total reserva sobre los datos personales de mi hijo(a)/representado(a), acorde a lo regulado por la legislación internacional, nacional e institucional, en la que se protege su dignidad, autonomía y derechos, procurando su bienestar. Si así lo requieren, también los resultados podrán ser socializados con nosotros y nuestro hijo(a)/hijo(a)/representado(a)(a).

En constancia de ello, firmamos el presente fragmento adicional de mi consentimiento informado el día 29 del mes Mayo del año 2018, en la ciudad de Barranquilla.

CONSENTIMIENTO PADRE/MADRE/REPRESENTANTE LEGAL PARA INVESTIGACIONES²:

Huella ☐ Nombre: Edgardo Consuegra
Firma: [Firma]
No. de cedula: 72254244 de 13/Julio

ASENTIMIENTO INFORMADO DEL USUARIO MENOR DE EDAD PARA INVESTIGACIONES:

Huella ☐ Nombre: A.D.C.P.
Firma: [Firma]
No. tarjeta de identidad/registro civil: 1048066351 Barranquilla

Firma y documento de identidad del investigador principal:

Huella ☐ Firma: Katherine Romero E.
No. de cedula: 1.140843718 Barranquilla
Tarjeta profesional No. 158936

² Los datos sensibles solicitados, tales como nombre, firma, número de identificación y/o huella se utilizarán con el único fin de darle validez al presente documento, y no serán divulgados tratados o manipulados con un fin diferente. (Art 6 y Art 7, ley 1581 de 2012)

